

イギリスの精神保健法改正の動き

川 本 哲 郎

目 次

- 一 精神保健法改正案作成までの経過
- 二 イギリス政府の白書（“Reforming The Mental Health Act, December 2000”）の概要
- 三 白書に対する反応
- 四 おわりに

一 精神保健法改正案作成までの経過

イギリスでは、数年前から精神保健法を改正しようとする動きがあったが、二〇〇〇年一二月に政府は白書を公表し、その最終案を明らかにした。その骨子は、危険な人格障害者を無期限に拘束するというものであり、精神病院を退院する場合や刑事施設から出所するときに精神鑑定を行い、他害のおそれがあるときは拘束を継続することとされている。さらに、社会内においても強制的に治療を実施することができる制度が提案されている。これは、イギリス精神保健法の四〇年ぶりの大改革であり、白書が公表されるとすぐに、精神医療の専門家や患者支援団体、刑罰改良団体の間に大きな反響を巻き起こした。

このような動きが生じた背景には以下のような事情があった。第一は、精神障害者による犯罪に対する社会の反応

である。イギリスの精神保健法は一九五九年に制定され、世界に先駆けて開放医療の道を示すことになった。そして、一九五九年には一五五〇〇〇人の入院患者がいたが、現在は三〇〇〇〇人以下となっており、精神科治療の九〇％は社会内で行われているのである。⁽²⁾しかし、その一方で、精神障害者による凶悪犯罪が発生していたのも事実であり、一九九〇年代になると、それに対する批判が高まった。その先駆けは、一九九二年に起きた「Nito」事件である。夫である「J. Nito」を地下鉄のホームで精神障害者によって殺害された妻は、財団を設立し、精神医療政策の転換を求めた。⁽³⁾また、その直後のB. Silcockの事件も社会に衝撃を与えた。彼は、精神分裂病に罹患しており、病院に行ったが治療を拒否された後で、ロンドン動物園のライオンの檻の中に入り、重傷を負ったのである。⁽⁴⁾さらに大きな注目を集めたのが、一九九八年に起きたM. Stone事件である。幼児から犯罪を繰り返し、薬物中毒であった三八歳の男性が、全く面識のない女性とその六歳の子どもを殺害したが、彼は、反社会的人格障害ないしは重大な精神病質であり、事件の数日前に精神科看護士の診断を受け、精神病院への入院を希望していたにもかかわらず、「治療不可能(un treatable)」を理由として、入院を拒否され、この犯行に及んだのである。⁽⁵⁾イギリスでは、刑事処分として、精神病院への入院命令を科すことができるが、精神病質と精神発達不全に関しては、治療可能性が入院の要件とされているので、治療不可能な場合は、病院が入院を拒否できる。このことが、事件を引き起こした一因となったのではないかととして、批判の対象となったのである。さらに、最近では、世界的に著名なビートルズの元メンバーのジョージ・ハリスンが一九九九年に自宅で精神障害者に襲われたことも世間の関心を集めた。⁽⁶⁾このような事件の続発を背景に、危険な精神障害者に対する対策の見直しが世論から求められることになったのである。

第二は、一九九〇年代に入ってから、精神障害犯罪者についての研究がさらに活発化したことが挙げられる。まず、精神障害犯罪者のダイヴァージョンの観点から、刑事施設内の精神障害者の実態に関する研究が行われ、多数の精神

障害者が刑事施設に収容されているという事実が明らかにされた⁽⁷⁾。一九九七年には、危険な精神障害犯罪者を収容している三箇所の特別病院（現在の名称は高度保安病院〔High Security Hospital〕）のひとつであるアシュワース病院において不祥事が発覚し、その原因究明のために、大規模な調査研究が行われ、その結果が一九九九年に公表された。そこでは、特別病院は閉鎖されるべきだとされ、人格障害犯罪者については、収容定員五〇人以下の小規模な施設で治療を行うことが提案された⁽⁸⁾。また、二〇〇〇年二月に公開された「高度保安病院の保安に関する調査研究の報告書（Report of the Review of Security at the High Security Hospitals）」では、高度保安病院に収容されるべきでない患者が収容されていることが指摘された⁽⁹⁾。

さらに、刑事施設内の精神医療の実態にも目が向けられ、その矛盾が浮き彫りにされた。二〇〇〇年に公表された調査結果によって、刑事施設収容者の精神障害罹患率が高いにもかかわらず、刑事施設の医療センターの施設は貧弱であり、また、医療職員も十分な訓練を受けていないこと等が明らかにされたのである⁽¹⁰⁾。そして、政府は刑事施設内の医療の改善に乗り出し、今後は行刑庁とNHS（国民健康保険）とが共同して改革に当たることになっている⁽¹¹⁾。

イギリスには、危険で反抗的な受刑者を収容する「嚴重監督センター（Close Supervision Centre）」があるが、その監察が行われ、結果が一九九九年に発表された。この施設は、従来の特別保安施設に代わって一九九八年二月に創設されたもので、三〇―四〇名が二つの刑事施設（ウッドヒル刑務所とダーラム刑務所）内の特別区画に収容されているが、この監察によって、収容者の中には精神障害を有する者が多いことが判明し、監察報告書は、収容者の処遇に関して、治療と管理の統合モデルを提案したのである⁽¹²⁾。なお、このセンターについては、調査研究が実施され、その結果が、白書公表後の二〇〇一年一月に公開されている。それによれば、収容者の四分の三に当たる二三名に精神科医が問診した結果、三名（一三％）に精神分裂病が、五名（二二％）に抑うつ障害、三名（一三％）に不安障害が認

められている。⁽¹³⁾

第三に、イギリスでは、精神障害者による殺人事件が発生した場合に、一九九四年以降、第三者機関による原因究明とその結果の公刊が義務づけられ、それによって精神障害犯罪者の治療の問題点が指摘されるようになったが、それがマスコミの関心を集め、この度の政府の政策決定に大きな影響を与えたことも見逃せない。⁽¹⁴⁾

このような状況の中で、政府は一九九八年一月に、重大な精神障害者を保安施設に収容するという案を提出し、さらに、一九九九年二月には危険な人格障害者を無期限に拘束する案を発表した。そして、一九九九年七月に、この政府案を支持する内容の「重大な人格障害を有する危険な人々の管理 (Managing Dangerous People with Severe Personality Disorder)」と題する審議会報告書が公表された。⁽¹⁵⁾ 二〇〇〇年七月には、国会の下院の保健調査特別委員会が精神保健に関する報告書を提出し、特別病院を閉鎖して、八箇所の小規模な治療施設を設けることを提案した。⁽¹⁶⁾

政府は、精神医療の改革にも積極的に取り組み、保健省が一九九八年一二月に「精神医療の現代化 (Modernising Mental Health Services)」を公表し、精神医療の原則を「安全、健全、協力的 (Safe, sound and supportive)」とした。安全とは、国民を保護し、精神障害者に効果的な治療を与えることであり、健全とは、患者が必要とする全ての種類の治療を受けられること、協力的とは、患者と家族、治療者が協働することをいう。⁽¹⁷⁾ そして、一九九九年には、精神保健に関する全国的な治療基準が作成されている。⁽¹⁸⁾ また、精神保健改善のための特別予算は一九九九―二〇〇一年の三年間に七〇〇〇万ポンド (約一二六億円) が計上されている。

このような動きの中で、その集大成であり、政府の最終案ともいえるべき白書が公刊されたわけであるが、以下では、この白書の概要を紹介し、それに対する反応を見た後で、この問題に若干の検討を加えたい。なお、この政府案が法律として成立するには二、三年の期間を要すると言われているが、すでに昨年から、一部の施設での試行や他の法律

による部分的導入が行われているし、前述のように、ここ数年の間にイギリス政府は巨額の費用を投じて、この問題の解決に取り組むことを表明している。イギリスの政治の動きは急速であり、この法案が可決されるかどうかは予断を許さないが、現実に実行に移されたものや近日中に実施されるものも存在するのであるから、類似した状況を抱えている我が国の政策決定にあたっては、かなり資するところがあるものと思われる。何よりも、従来、我が国のモデルともなってきたイギリスが、部分的であるとはいえ、脱入院治療という政策の転換に向かうという事実は世界的にも大きな影響をもたらすものであろう。

註

- (1) この動きについては、拙稿「イギリスにおける精神障害犯罪者の処遇」法と精神医療一四号一〇頁以下参照。なお、本稿執筆にあたって参照した最近の文献のほとんどはインターネットで入手したので、アドレスを参照していただきたい。
- (2) The Independent, 2000. 12. 21.
- (3) この事件については、犯人の C. Clunis についての調査報告書でも J.H. Ritchie, D. Dick and R. Lingham, The Report of the Inquiry into the Care and Treatment of Christopher Clunis, 1994 参照。
- (4) electronic Telegraph, 1995. 2. 17. (<http://www.telegraph.co.uk>); The Guardian, 2000. 12. 21.; P.J. Vaughan and D. Badger, Working with the Mentally Disordered Offender in the Community, 1995, p. 198.
- (5) 拙稿・法と精神医療一四号一〇頁以下参照。
- (6) BBC News, 2000. 11. 16. (<http://news.bbc.co.uk>); YAHOO! UK&IRELAND, 2000. 11. 14. (<http://uk.news.yahoo.com>)
- (7) J. Gunn, T. Maden and M. Swinton, Mentally disordered prisoners, 1991, p. 43, 52. この問題については、さらに保健省によって一九九七年に大規模な調査が実施されている。拙稿「精神障害犯罪者の拘禁処遇——イギリスの動向——」産大法学三四卷二号参照。

- (8) Peter Fallon, R. Blueglass, B. Edwards and G. Daniels, Executive Summary of the Report of the Committee of Inquiry into the Personality Disorder Unit, Ashworth Special Hospital, 1999, p. 39.
- (9) R. Tilt, Report of the Review of Security at the High Security Hospitals, 2000, p. 11—12.
- (10) J. L. Reed and M. Lyne, Inpatient care of mentally ill people in prison: results of a year's programme of semistructured inspection, *British Medical Journal* 2000; 320: 1031—1034 (15 April). (<http://www.bmj.com>). この論文の要約は、前掲拙稿・産大法学三四卷三頁参照。
- (11) NHS Executive, The Future Organisation of Prison Health Care, Reports by the Joint Prison Service and NHS Executive Working Group, 1999. (<http://www.doh.gov.uk/prisons.htm>); Report of the Working Group on Nursing in Prisons, 2000.
- (12) Her Majesty's Inspectorate of Prisons for England and Wales, Inspection of Close Supervision Centres August-September 1999, 2000, Chapter 5.
- (13) E. Clare and K. Bottomley, Evaluation of close supervision centres, Home Office Research Study 219, 2001, p. 60.
- (14) J. Ritchie, D. Dick and R. Lingman, op. cit.; D. Sheppard, Learning The Lessons, 2nd ed., 1996. 本書附録・表2に精神医療一四号一六頁以下参照。
- (15) Home Office, Managing Dangerous People with Severe Personality Disorder Proposals for Policy Development, 1999. (<http://www.homeoffice.gov.uk/cpd/dangcie.htm>)
- (16) Select Committee on Health Fourth Report Provision of NHS Mental Health Services, 2000. (<http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/cgi-bin/htm>)
- (17) Department of Health, Modernising Mental Health Services Safe, sound and supportive, 1998, para 2—21.
- (18) Department of Health, National Service Framework for Mental Health Modern Standards & Service Models, 1999.

二 イギリス政府の白書 (“Reforming The Mental Health Act, December 2000”⁽¹⁹⁾) の概要

この白書は、二〇〇〇年一二月に公表されたもので、第一編「新しい法的枠組み (The new legal framework)」と第二編「高度に危険な患者 (High risk patients)」で構成され、全文二一五頁に及ぶ浩瀚なものである。ここでは、第二編を中心にその内容を紹介したい。

(1) 白書の提案の骨子

① 犯罪を犯していないが、治療不可能な人格障害を有する潜在的に危険な人々を無期限に拘束すること、② 社会内で生活している精神障害者に強制的に服薬させる権限を設けること、③ 強制的権限の長期にわたる行使を決定する独立の審判所と、独立の弁護を得る患者の権利とを規定すること、④ 精神障害者による犯罪の被害者が、当該精神障害者の解放 (精神病院からの退院と刑事施設からの釈放) される時期を知る権利を認めること、⑤ 治療を受ける人々を監督する精神保健委員会を創設すること、⑥ 精神障害者に対する治療スタッフと医療の増大を図ること。

(2) 予算

注目に値するのは、新しい法制度を設けるに当たって、巨額の予算が割り当てられていることである。たとえば、二〇〇一年四月までに、五〇〇の保安ベッド、二四時間スタッフが配置される三二〇以上の病床、専門の治療チーム (assertive outreach teams) と二四時間医療を設けることになっているし、NHSは、さらに三億ポンド (約五四〇億円) の予算を立てている。また、保健省、内務省、行刑局の予算は、これからの三年間に一億二六〇〇万ポンド (約二二七億円) となっている。

二〇〇〇年六月に公開された NHS Plan は、向こう三年間の人格障害者に対する専門医療の拡大を発表し、五六

〇〇万ポンド（約一〇〇億円）が、予算として割り当てられている。これは、二〇〇四年までに新たな専門的保安施設を設けることと、安全であると判定された患者が保安施設から迅速に退院することを可能にするためのリハビリホステルの設置のためである。

*我が国の平成一三年度の予算案では、精神医療（措置入院、通院医療、医療保護入院）費の公費負担に四六四億円が計上されているだけである。

(3) 危険かつ重大な人格障害 (dangerous and severely personality disordered=DSPD) の仮の定義

① 著しい人格障害、② 被害者が回復困難ないしは不能と思うような重大な身体的ないしは心理的侵害を与える著しい危険を示すこと。たとえば、殺人、強姦、放火など、③ そのような危険が、機能的に人格障害と関連を有するよう
に思われること。

(4) 強制的権限行使の手續

新法の権限は、精神障害の広い概念に基づいている。精神障害には、恒常的であれ一時的であれ、精神機能の障害をもたらすような精神ないしは脳のあらゆる障害が含まれる。このアプローチは、個々の患者の需要を満たし、彼らが示す自傷他害のおそれに一致するように正式権限が用いられる、という柔軟性を与えることになる。変更のひとつの効果は、一九八三年精神保健法の精神障害の一定のカテゴリーに適用される「治療可能性」という狭い概念を除くことができることである。

権限行使の手續きは、以下の通りである。

1. 予備診察

二人の医師およびソーシャルワーカーないしは他の適切な訓練を受けた専門家の三名によって実施される。さらに

精神鑑定 (assessment) および緊急治療の必要性を判断し、そして、治療が行われなければ、他害のおそれがあるかどうかを判断する。

2. 正式鑑定と強制的初期治療

期間は最高二八日間であり、その更新は精神保健審査会が決定する。

3. 治療命令 (care and treatment order)

精神保健審査会ないしは裁判所 (犯罪者の場合) が下すもので、最初の期間は最高六月、その後は一二月である。

*なお、強制的権限の行使が決定されると、治療チームは三日以内に治療計画を書面で提出することとされている。

(5) 量 刑

①刑事処分、②治療命令、③退院制限命令、④入院・制限命令 (a hospital and limitation direction) が規定されている。①および③は既存の処分であるが、②と④は新設されるものである。②は前述したが、④は、裁判所が、入院命令ないしは退院制限命令と同時に拘禁刑を科す場合のことをいい、limitation direction は現在の退院制限命令と同じ効果を有する。つまり、この命令を拘禁刑に付加することによって、裁判所は、刑罰と治療命令を結合することができるといえるものであり、この命令は、臨床監督者 (clinical supervisor) が入院治療の必要がないという意見を提出するまで、治療のために犯罪者を拘束することを要求するという効果を有する。治療の必要がなくなれば、犯罪者は、内務大臣の命令によって、残刑期を終えるために刑事施設に移送される。ここで臨床監督者とは、精神科の主治医のことであり、現在の担当医 (Responsible Medical Officer) に代わるものである。通常は精神科医であるが、臨床心理士が担当することも可能である。

(6) 刑事施設の収容者

一九八三年精神保健法の下で、内務大臣は、刑事施設の収容者を精神病院へ移送する権限を有するが、治療を行わずに、一定期間の専門鑑定を認める権限は有していない。新法では、この権限が認められている。なお、移送された受刑者が刑期の満了に達したときに、治療の継続を決定する権限は、臨床監督者が有している。

(7) 再入院

内務大臣が再入院を命ずる場合は以下の通りである。①患者が精神障害を有していること、②患者が、退院の条件とされている治療計画に従わないこと、③患者が社会内にいると、重大な他害のおそれがあること、④社会内では安全かつ効果的に与えられないような治療を患者が必要としていること、である。

(8) 現在の動向および将来の計画

危険な人格障害者に対する対策として、既に実施されているものとしては、性犯罪者法による登録制度と早期警告制度（精神病院・刑事施設から出たときに、警察・保護観察所・社会福祉機関に通報する制度）があり、さらに、現在検討中のものとして、①児童法の効果と保護の強化、②警察と保護観察所の危機管理、③児童に対する性・暴力犯罪者が釈放後に児童のいる場所で勤務することの禁止、④仮釈放の条件として、危険な犯罪者の電子監視などがある。また、二〇〇一年四月に施行が予定されている「刑事司法と裁判実務法（The Criminal Justice and Court Services Act）」六七条は、警察と保護観察所に、性犯罪者と暴力犯罪者の危険性を鑑定・管理することを義務づけている。

現在でも、刑事司法機関は、危険な犯罪者の管理について、他の機関と協働しているが、非公式的なものであり、多くの場合、保健、社会福祉機関、住宅局が、精神障害を有する高度に危険な者の監視について、警察と保護観察所に専門知識と援助を提供するために、地域のマルチエージェンシー危険委員会（multi-agency risk panel）に招かれている。

一九七七年NHS法は一九九九年保健法によって改正され、高度保安精神医療はNHSによって供給されるようになった。現在三箇所ある高度保安病院（旧特別病院）のうち、ブロードムーア病院とランプトン病院は二〇〇一年四月一日にNHSに統合されるが、アシュワース病院の統合の時期は未定である。

この白書の案については、一部の施設における試行が計画されている。政府は、既に行刑局とNHSによる精神医療改善計画を発表しており、試行を実施する施設としては、逃走の危険性の高い受刑者を収容しているホワイトムーア刑務所と高度保安病院のランプトン病院が選ばれている。ホワイトムーア刑務所の精神鑑定センターは、二〇〇〇年九月にオープンし、ランプトン病院では、現在収容されている男性の人格異常者について、その精神鑑定プロセスを試すことが開始されている。そして、これからの三年間に、鑑定と治療の新しいアプローチが新しい施設で試行され、評価されることになっている。なお、既にホワイトムーア刑務所とランプトン病院の間では、スタッフの交換を含む密接な関係が形成されている。

さらに、行刑局は、人格障害の治療についての新しい二つの試行を実施する。その最初のものは、ホワイトムーア刑務所に二〇〇一年一〇月にオープンする二五人収容の新しい二つのユニットである。また、NHSも同様の施設の建設を計画している。新しい治療を試行する施設では、マルチデイシプリナリーが用いられ、心理学者、精神医学者、職業訓練士、保護観察官、ソーシャルワーカーが参加することになっている。

以上が、政府白書の重要と思われる点をまとめたものであるが、若干の補足をしておくと、白書が提案している施設は、いわゆるキャンパススタイルの施設であり、数箇所の病院の中に複数の小さな病棟を設置する形態である。本来は、収容定員四〇名以下の保安施設を全国に数多く配置するのが、患者の家族との面会などの点から見て好ましいとされているが、費用がかかりすぎることや地元の建設反対運動が予想されることから、このような提案になったも

のと思われ⁽²⁰⁾る。

また、白書の刊行直後にも、前述した「嚴重監督センター」についての改革案が示されているので、その概要を紹介しておく。改革案は、危険な受刑者の個々の需要を満たすことに重点を置き、以下のような提案を行っている。

①確固とした一貫性のある選抜手続き、②ロンドンのベルマーシュ刑務所の新しい精神鑑定センターによる、明確に統合された精神鑑定と計画的な介入、③個別的なプランによる受刑者の管理、④（現在はウッドヒルとダーラム刑務所に設置されている）嚴重監督センターの拡大。ウエイクフィールド刑務所の新ユニットは、重大な他害のおそれのある者を収容し、ダーラム刑務所には累進センターを設ける、⑤ウッドヒル刑務所は、中心的な管理機能を果たし、前掲の両施設の足りないところを補う、⑥精神鑑定を拒否する受刑者をロングレーティン刑務所の保護室に収容する、⑦再犯の危険性についての明確で一貫性のある鑑定、⑧病院などの施設との緊密な連携。

行刑庁の長官は、この改善計画について以下のように述べている。反抗的で危険な受刑者は、刑事施設に現在収容されている六四〇〇〇人のうちのほんの一部の三五人であるが、きわめて厳格な状態で収容されているのは、二人だけである。これらの受刑者の処遇は困難であり、三分の一が刑務所の職員ないしは他の受刑者に対して殺人や殺人未遂を犯している。中には、高度保安病院に収容されていたことのある者も存在しており、「治療不可能」であるとか、高度保安病院に収容するのはきわめて危険であるという理由から、刑務所に戻されたのである。彼らの精神障害に対して適切な治療と援助を与えることが必要である⁽²¹⁾。

註

(19) Reforming The Mental Health Act, Part I: The new legal framework, Part II: High risk patients, 2000.

(20) The Times, 2000. 12. 21.; The Daily Telegraph, 2000. 12. 21. 実際にはロンドンでは二〇〇一年一月に、新しいホステ

ルの設置計画が、地元住民の反対のために、延期されている。(The Daily Telegraph, 2001. 1. 23.)
(21) Prison Service News, 2001. 1. 23. (<http://www.hmprisonservice.gov.uk/news>)

三 白書に対する反応

右に見たように、この白書の内容は、従来の精神障害犯罪者の処遇政策に大きな変換を迫るものであるので、とくに精神医学界を中心にした反対が数多く寄せられている。以下では、その概要を紹介しよう。

精神科医からの反対の多くは、危険性の予測の不確実性を根拠として、政府案を批判している。危険性を理由として、「他人の保護」のために治療を強制するのは、危険性の予測が困難である以上、正当化できないとするのが代表的なものであるが、その際には、以下のような調査研究の結果が援用されている。第一は、一九五七年から一九九五年の間に起きた殺人の調査結果であり、精神障害者による殺人の数にはほとんど変動がないとされているのである。⁽²²⁾

また、外国との比較でも、国によって殺人の件数には大きな差が見られるにもかかわらず、精神障害者による殺人の割合はほぼ一定であるとするものもある。⁽²⁴⁾第二は、前述した通り、精神障害者による殺人事件が発生した場合には、公的な調査が実施されることになっており、その結果が公表されているが、それらを分析した調査研究が行われている。これは、一九八八年から一九九七年の間に実施された四〇件の調査報告を対象とし、そのほとんど(三五件)は一九九四年以降に行われたものである。それによれば、精神障害者の暴力が行為時に予測できたとした報告は一件(二七・五%)だけであり、残りは予測が困難であったとしている。そして、殺人を予測できたとする報告が二六件(六五%)あるが、そのうちの多く(一七件)は、危険予測によってではなく、精神医療の質を向上させることによって予防できたと考えているのである。⁽²⁵⁾

その他にも、精神保健審査会に関して、審査会は患者の人権保護のために存在するものであるにもかかわらず、「例外的に」、他害の重大な危険性があるときは、患者を退院させるという臨床監督者の決定を拒否する権利を有しているのであるから、患者の人権が侵害されるおそれがあることを指摘する論稿⁽²⁶⁾が見られるし、さらに、精神科医を初めとする医療関係者の対応に関する不安も表明されている。まず、精神医学会は、精神科の専門医のポストは一四％が充足されていないし、精神医療看護士も足りない⁽²⁷⁾と述べている。二六六五人の精神科医に対するアンケート調査も実施されており、それによれば、回答した一一七一人のうち、五四一人(四六％)は社会内での強制治療に賛成したが、四〇六人(四六％)は反対、一二四人(一九％)はわからないと答えている。また、六分の一は、法案の実施を拒否すると回答しており、「裁判官が終身刑の適用をためらうのと同様に、精神科医が強制医療の権限を行使しない可能性⁽²⁸⁾がある」との懸念を裏付ける結果となっている⁽²⁹⁾。

他方、人権団体などの見解は分かれている⁽³⁰⁾。Sainsbury Centre for Mental Health と全国精神分裂病者の会(National Schizophrenia Fellowship [NSF]) は、全体としては法案に賛成であるが、十分な予算が必要であるとしている。精神障害者の慈善団体である Sage も法案には賛成しているが、強制は最後の手段であり、患者の意思に反する治療を行う必要があるならば、社会内よりも医療施設において実施するのが望ましいとしている。先に紹介した Zito 財団と精神障害者の慈善団体の Mind は、政府案に賛成ではあるが、この法案の成立に時間のかかることを批判している。

このように、留保付きで政府案を支持する立場が多いとはいえ、政府案に反対する見解も散見される。たとえば、NHS Confederation は、重大な人格障害の定義は曖昧であり、また、重大な人格障害と危険性の間に明確な関連があるとする証拠は存在しない、としているし、Mental Health Foundation などの三団体は、社会内での強制治療に

懸念を表明している。「社会内での強制医療は機能しないし実際的ではない。それは、医療関係者と患者との間の信頼関係を損なう可能性が高い」というのである。その他に、NACRO (National Association for the Care and Resettlement of offenders 「犯罪者の保護と再社会化に関する国民協会」) や人権擁護団体の Liberty は、危険性を根拠として精神障害者を拘禁することに対して、反対している。

註

- (22) G. Szmukler and F. Holloway, Reform of the Mental Health Act, *The British Journal of Psychiatry* (2000) 177: 196—200. (<http://bjp.rcpsych.org/cgi>); P. E. Mullen, Dangerous people with severe personality disorder, *The British Medical Journal* (BMJ) 1999; 319: 1146—1147 [30 October]; N. Eastman, Public health psychiatry or crime prevention?, *The British Medical Journal* (BMJ) 1999; 318: 549—551 [27 February]; E. Munro and J. Runggay, Role of risk assessment in reducing homicides by people with mental illness, *The British Journal of Psychiatry* (2000) 176: 116—120.
- (23) P. J. Taylor and J. Gunn, Homicides by people with mental illness: myth and reality, *The British Journal of Psychiatry* (1999) 174: 9—14. (<http://bjp.rcpsych.org/cgi>)
- (24) J. W. Coid, Dangerous patients with mental illness: increased risks warrant new policies, adequate resources, and appropriate legislation, *The British Medical Journal* (BMJ) 1996; 312: 965—966 [13 April].
- (25) E. Munro and J. Runggay, op. cit..
- (26) G. Szmukler, A new mental health (and public protection) act, *The British Medical Journal* (BMJ) 2001; 322: 2—3 [6 January].
- (27) The Royal College of Psychiatrists, Press release Government white paper on New Mental Health Act welcomed with some reservations, 2000. 12. 20.
- (28) G. Szmukler, op. cit..
- (29) M. J. Crawford, W. Hopkins and C. Henderson, Concerns over reform of the Mental Health Act, *The British Journal of*

(36) Experts' response to mental health proposals, Society Guardian, 2000. 12. 20. 499 The Daily Telegraph, The Guardian, The Independent, The Times 各紙を参照した。

四 おわりに

既に別稿において繰り返し指摘してきたことであるが、イギリスにおける精神障害犯罪者処遇の最大の難点は、精神保健法の「治療不可能性 *untreatability*」にあったといつてよい。精神障害犯罪者に、刑罰として入院命令を科す際に、治療不可能であるときは、病院が入院を拒否できることになっており、その場合は刑事施設に拘禁されることになるのである。そして、入院を拒否できるという医師の権限は濫用されているおそれがあるし、我が国のような医療刑務所をもたないイギリスでは、精神障害を有する受刑者には良質の医療は提供できないので、手のかかる精神障害受刑者はすぐに別の刑務所に移送されとの指摘も見られた。今回の白書は、この点に疑問を提起し、治療不可能とされる場合にも医療を行うことにしたのである。以前は、刑事施設内の医療を改善すれば、ますます刑事施設に送られる精神障害犯罪者が増加することになり、そのダイヴァージョンを阻害することになることを理由として、刑事施設内の医療改善に反対する立場もあったが、その実態が明らかにされたことによって、施設内の精神医療が改善されるのは基本的に歓迎すべきであろう。

しかしながら、イギリスの白書の提案は、刑事施設内の医療の改善だけに止まっていない。犯罪を犯していないが、自傷他害のおそれのあるものを無期限に拘束しようというのである。この背景には、前述したような動きがあるわけであるが、刑事施設に収容した場合に、刑の満了によって釈放する時点で、自傷他害のおそれが認められるときに、

現行法では対処できないという問題を克服したいとの思いがあつたのも事実である。

たしかに、イギリスでは、刑事施設から釈放された直後に犯罪を實行した事例もあるので、国民の不安を解消したいという希望は理解できるが、多くの精神科医が述べているように、危険性の判断が不確実である以上は、「誤診」のおそれが払拭できないのであるから、結局は、医療関係者の支持を得ることは困難であるように思われる。

我が国の場合は、処遇困難者という表現が用いられており、処遇不能者とは見なされていないのであるから、事情は異なるように見えるが、治療の効果が得られない場合や患者が治療を拒否する場合に強制的治療を行うことに問題があるのは当然である。イギリスの刑事施設には、拘禁されてから二六年の間に、刑務所職員に二〇回以上の暴行をはたらき、三箇所の特病院に入院したことがあり、過去三年間に五〇回以上の刑務所間の移送を受けた者や、殺人を犯して収容された特別病院内において他の患者を殺害し、移送された刑務所でも二人の受刑者を殺害した者が収容されているが、このような受刑者は嚴重監督センターに収容されることになると思われ⁽³²⁾る。そこでの医療の改善が図られれば、それを超えて、犯罪を實行していない場合の拘束や、社会内での強制的医療を行う必要はないのではなからうか。たしかに、我が国の場合も、精神障害者の受刑者の中に、犯行時に治療を中断していた者が半数以上も見られるのであり、⁽³³⁾そのため犯罪を犯したのだとすれば、強制的に治療を実施することは、患者本人のためになるわけであるから、その点では一定の合理性を認めることができるであろう。しかしながら、そのために、実際に強制的治療の必要のない者が拘束されたり、強制的に投薬されることになれば、患者の人権侵害ということになるのであるから、一層の慎重さが求められるように思われる。

いずれにしても、イギリス政府は最終案を提出した。前述したように、この法案が成立するにはなお時日を要すると言われているが、一部で試行が行われており、精神医療の改善計画も緒についている。この法案の行方を見守ると

同時に、試行や精神医療の改善の成果にも注目すべきであろう。本当に、「社会内治療は善で、入院は悪である」という時代は終わった⁽³⁴⁾」のであろうか。

註

(31) 拙稿・法と精神医療一四号一頁以下、産大法学三三卷二・三号二二八頁以下参照。

(32) The Daily Telegraph, 2001. 1. 24.

(33) 平成七年から一一年までの五年間に、精神障害のために不起訴処分となった者と第一審裁判所で心神喪失ないしは耗弱を認められた者についての調査によれば、犯行時において治療を受けていない者は六〇・八%であり、そのうちの四四・二%は犯行前に治療歴があるとされている(平成一二年版犯罪白書二三八―二四〇頁)。

(34) イギリス政府高官の発言(The Times, 1998. 1. 17.)。